



Municipalité de Franklin  
1670, route 202  
Franklin  
J0S 1E0

Téléphone:(450) 827-2538  
Télécopieur:(450) 827-2640

## ***Demande certificat d'autorisation***

|                     |   |                       |                      |                   |                      |
|---------------------|---|-----------------------|----------------------|-------------------|----------------------|
| Demande débutée le: | <input type="text"/>                    | Demande complétée le: | <input type="text"/> | <b>No demande</b> | <input type="text"/> |
| Saisie par:         | <input type="text"/>                    |                       |                      |                   |                      |
| Type de permis:     | <b>Démolition - bâtiment accessoire</b> |                       |                      |                   |                      |
| Nature:             | <input type="text"/>                    |                       |                      |                   |                      |

### **Identification**

#### **Propriétaire**

Nom: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 Ville: \_\_\_\_\_  
 Code postal: \_\_\_\_\_  
 Téléphone: \_\_\_\_\_

#### **Demandeur**

Nom: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 Ville: \_\_\_\_\_  
 Code postal: \_\_\_\_\_  
 Téléphone: \_\_\_\_\_

### **Emplacement**

|  |   |
|--|---|
| Matricule: _____                       | Code d'utilisation: _____               |
| Adresse: _____                         | Code d'utilisation projetée: _____      |
| Zones: _____                           | Frontage: _____                         |
| Lot distinct: <input type="checkbox"/> | Profondeur: _____                       |
|  | Superficie: _____                       |
|  | Nombre de logements: _____              |
| Code de zonage: _____                  | Année construction: _____               |
| Secteur d'inspection: _____            | Nombre d'étages: _____                  |
| Service: _____                         | Aire de plancher m <sup>2</sup> : _____ |
| Cadastre: _____                        | Nombre d'unités touchées: _____         |

### **Travaux**

#### **Exécutant des travaux**

Nom: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 Ville: \_\_\_\_\_  
 Code postal: \_\_\_\_\_  
 Tél.: \_\_\_\_\_  
 Téléc.: \_\_\_\_\_  
 No RBQ: \_\_\_\_\_  
 No NEQ: \_\_\_\_\_

#### **Responsable**

Nom: \_\_\_\_\_  
 Tél.: \_\_\_\_\_  
 Date début des travaux: \_\_\_\_\_  
 Date prévue fin des travaux: \_\_\_\_\_  
 Date fin des travaux: \_\_\_\_\_  
 Valeur des travaux: \_\_\_\_\_

**Démolition - bâtiment accessoire**Démolition: Unités de logement supprimées: Assurance responsabilité: Taxes payées: Conservation des fondations: Lieu de disposition des matériaux: 

| Documents requis               | Reçu                     | Date réception |
|--------------------------------|--------------------------|----------------|
| Croquis de localisation        | <input type="checkbox"/> |                |
| Formulaire de demande complété | <input type="checkbox"/> |                |

**Description des travaux****Signature du demandeur**

Signature du demandeur \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_